3

EL EPILEPTICO

Las clases criminales contienen una proporción considerable de epilépticos y otras personas de temperamento emocional inestable, sujetos a explosiones nerviosas que estallan a intervalos y alivian el sistema. En . . . todos los casos [la epilepsia] es una desfiguración espantosa y hereditaria de la humanidad.

—*Sir Francis Galton*[1]

En 1938, cuando llegué a los Estados Unidos, había 13 colonias de epilépticos en el país, que albergaban a decenas de miles de reclusos. Sin embargo, ni la decimoquinta edición (1987) de la Encyclopaedia Britannica ni los libros de texto actuales de medicina, neurología o psiquiatría mencionan siquiera las colonias epilépticas.2 Salvo algunos historiadores de la medicina, hoy en día casi nadie ha oído hablar de una colonia epiléptica. ¿Y quién recuerda que, tan recientemente como la década de 1950, la Ley de Inmigración y Nacionalidad de Estados Unidos estipulaba que "los extranjeros . . . afectados . . . por epilepsia en misión a los Estados Unidos"?3 serán excluidos de la admisión.

UNA BREVE HISTORIA DE LA EPILEPSIA

Debido a sus dramáticos síntomas (pérdida del conocimiento, convulsiones, morderse la lengua y otras lesiones accidentales), la epilepsia es una de

una de las enfermedades más antiguas reconocidas. Es una dolencia relativamente común, que afecta del 1 al 2 por ciento de la población.

Como muchas enfermedades, la epilepsia puede ser leve, sin requerir tratamiento o fácilmente controlable con medicamentos, grave y difícil de controlar, o incluso mortal. Aunque Hipócrates atribuyó la enfermedad a causas naturales, esa opinión resultó ser prematura. Durante milenios, la gente prefirió creer que las convulsiones eran causadas por deidades o demonios y consideraba la enfermedad como sagrada o maldita.

De la posesión demoníaca a la posesión por locura

El origen demoníaco de la epilepsia, aceptado por los escritores de los Evangelios, significaba que su causa era la posesión y, por lo tanto, su tratamiento adecuado era el exorcismo realizado por hombres santos expertos en la práctica de expulsar demonios. Jesús participaba regularmente en esta práctica:

> Y cuando llegaron a la multitud, un hombre se le acercó y, arrodillándose ante él, dijo: «Señor, ten piedad de mi hijo, porque es epiléptico y sufre terriblemente; pues a menudo cae en el fuego y a menudo en el agua. Y lo traje a tus discípulos, y no pudieron sanarlo». Y Jesús respondió: «¡Oh generación incrédula y perversa! Traédmelo acá». Y Jesús lo . . . reprendió, y los demonios salieron de él, y el niño quedó curado al instante.[1]

Cuando la explicación religiosa de la epilepsia fue reemplazada por la explicación médica, la creencia de que la enfermedad se debía a la posesión fue reemplazada por la creencia de que se debía a la locura. Pero la locura no se expulsó tan fácilmente. De hecho, el primer resultado tangible de la medicalización de la epilepsia fue que padecerla se convirtió en una importante discapacidad social. Solo después de la Segunda Guerra Mundial, los médicos cambiaron su actitud hacia el epiléptico, pasando de degradarlo como un dependiente defectuoso a respetarlo como un individuo con los mismos derechos y responsabilidades que cualquier otra persona. Sin duda, no todos los expertos en epilepsia están de acuerdo con este breve esbozo. Por ejemplo, William G. Lennox, profesor de neurología en Harvard y autoridad mundial en epilepsia, declaró: «La emancipación del epiléptico por parte de los médicos comenzó hace unos trescientos años y ha procedido con un éxito creciente». 5

El médico y la epilepsia

La medicina moderna comienza en el siglo XIX con el estudio de la estructura y la función del cuerpo humano, tanto en la salud como en la enfermedad. En la práctica, esto significaba el estudio de la anatomía normal y patológica y

fisiología, el examen clínico de pacientes enfermos y el estudio post mortem de cadáveres. El examen de los cerebros de personas que morían de enfermedades nerviosas, realizado principalmente por patólogos británicos y franceses, demostró ciertas conexiones entre las estructuras y funciones cerebrales anormales (enfermedades cerebrales) y los comportamientos anormales (algunos de los cuales se consideraban "enfermedades del sistema nervioso", otros, "enfermedades nerviosas"). Las convulsiones o las llamadas crisis de gran mal se encontraban entre las primeras enfermedades identificadas como manifestaciones de un mal funcionamiento neurológico

Los primeros médicos en observar a pacientes que sufrían de epilepsia fueron médicos generales que conocían a sus sujetos como personas, no como especímenes. Concluyeron que, en general, los epilépticos no tenían discapacidades graves. Sir John Russell Reynolds, el médico inglés más destacado del siglo XIX que escribió sobre la epilepsia, afirmó: «La epilepsia no implica necesariamente ningún cambio . . . mental; en algunos casos existe un deterioro intelectual considerable; pero esa es la excepción, no la regla... los cambios mentales ulteriores son raros». Cuando el psiquiatra observaba al epiléptico, veía un fenómeno muy diferente.

La estigmatización médica y la persecución del epiléptico pueden datar de 1873, cuando Sir Henry Maudsley, el reconocido fundador de la psiquiatría británica, rebautizó la epilepsia como «neurosis epiléptica» y presentó al epiléptico como un monstruo de Frankenstein. Escribió:

> La neurosis epiléptica puede existir durante un período considerable en una forma no desarrollada o enmascarada, manifestándose no por convulsiones, sino por ataques periódicos de manía o por manifestaciones de perversión moral extrema. La neurosis epiléptica es ciertamente la más estrechamente relacionada con la neurosis demente. . . . Una característica que la neurosis demente tiene en común con la neurosis epiléptica es que tiende a estallar en una explosión convulsiva de violencia

Maudsley sostenía que las personas con problemas mentales están biológicamente predispuestas a participar en comportamientos destructivos, de los cuales no son moral ni legalmente responsables; y que, por lo tanto, deben ser encarceladas permanentemente bajo la atenta mirada del psiquiatra. Su enfoque de la epilepsia, basado en mezclarla con la locura, reflejaba este sesgo: «Las dos enfermedades más estrechamente relacionadas de esta manera [es decir, siendo hereditarias], son la locura y la epilepsia; el descendiente de un padre epiléptico tiene casi, si no la misma probabilidad, de volverse loco que de volverse epiléptico, y uno u otro de los descendientes de un padre con problemas mentales padece con frecuencia epilepsia». 9

Maudsley no tenía ni una pizca de evidencia para respaldar la afirmación de que la epilepsia y la locura son enfermedades estrechamente relacionadas. Pero tenía el poder de su autoridad, inigualable e indiscutible en ese momento, no solo en

el mundo angloparlante, sino también en todos los países avanzados, y lo usó para incriminar al epiléptico, junto con el loco, como un asesino enloquecido:

> Ahora procederé a señalar lo que considero las condiciones más importantes que preceden a un brote de impulso homicida demente. Estas son la neurosis demente y la neurosis epiléptica, en ambas las cuales tienden a la acción convulsiva. Es un hecho notable e instructivo que la energía . . . convulsiva del impulso homicida a veces es precedida por una extraña sensación mórbida, que comienza en alguna parte del cuerpo y asciende al cerebro, muy similar a la que, cuando precede a un ataque de epilepsia, se conoce en medicina como aura epiléptica. 10

Esta mezcla de metáforas es típica de la retórica de Maudsley al servicio de difamar al loco como una amenaza Obsérvese el uso traicionero del oxímoron «acción convulsiva». Propiamente hablando, llamamos reflejo, convulsión o ataque al movimiento involuntario de un músculo. Mientras que «acción» es el nombre que asignamos al movimiento deliberado y voluntario de una persona. Por eso no responsabilizamos moral ni legalmente a las personas por los movimientos reflejos, pero sí las responsabilizamos por sus acciones. No insistiré en lo obvio: la evidencia de las afirmaciones de Maudsley es puramente analógica o retórica. De hecho, el asesino epiléptico de Maudsley era una criatura que, por definición, no podía cometer un asesinato. Era simplemente un inocente transeúnte que habitaba un cuerpo lleno de «la energía convulsiva del impulso homicida». Según la visión bíblica, el epiléptico está poseído por demonios. En la visión de Maudsley, está poseído por «impulsos homicidas». Esto no fue progreso médico, que sustituyó la superstición por la ciencia. Era propaganda médica, que reemplazaba la superstición clerical por la clínica.*

A finales del siglo XIX, la opinión de que los epilépticos son criminales potenciales, específicamente, que padecen un impulso irresistible de cometer actos violentos, se convirtió en dogma psiquiátrico. Ávidos de lo espeluznante y lo sensacionalista, los periodistas y el público adoptaron con entusiasmo esta opinión, que aún perdura en la mente popular. El psiquiatra italiano Cesare Lombroso (1836-1909) se hizo mundialmente famoso en gran medida por popularizar este disparate. 11

El tratamiento de la epilepsia

A finales del siglo XIX, los médicos aún no entendían que la causa próxima de una crisis epiléptica era una

* Desde el punto de vista del paciente, el tratamiento de Maudsley para la epilepsia mediante cadena perpetua en lugar de exorcismo no fue una mejora

aumento de la excitabilidad de la corteza cerebral. Sin embargo, sabían por experiencia que los sedantes, como el opio, eran útiles para controlar las convulsiones. En 1835, se descubrió el bromuro de potasio y pronto se empleó en el tratamiento del insomnio. Unos 20 años después, Sir Charles Locock se enteró de una persona que, después de medicarse con bromuros, se quejó de que el fármaco prácticamente eliminaba su deseo sexual. Como toda persona con conocimientos en esa época, Locock creía que la masturbación causaba epilepsia y razonó que el bromuro de potasio era un «anafrodisíaco» que podría ser un tratamiento eficaz para la enfermedad. Lo probó en 14 pacientes y obtuvo buenos resultados en 13.12 El tratamiento farmacológico de la epilepsia había llegado

Durante el siguiente medio siglo, el bromuro fue el tratamiento estándar para la epilepsia. Sin embargo, su uso dejaba mucho que desear, ya que la supresión adecuada de las convulsiones a menudo requería dosis lo suficientemente grandes como para causar sedación, lo que interfería con la existencia normal. El siguiente avance en el tratamiento de la epilepsia se produjo en 1903, con el descubrimiento de los barbitúricos. El barbitúrico de acción prolongada, el fenobarbital, demostró ser especialmente útil, ya que permitió a muchos epilépticos tomar suficiente medicamento para reducir la frecuencia de las convulsiones sin causarles demasiado sueño. El fenobarbital siguió siendo el fármaco de elección para el tratamiento de los trastornos convulsivos hasta 1938, cuando fue desplazado por el Dilantin, el primero de una clase de fármacos con propiedades específicamente anticonvulsivas. Hoy en día, existen varios fármacos anticonvulsivos para el tratamiento de los trastornos convulsivos.

COLONIZANDO AL EPILÉPTICO

En 1872, se estableció un nuevo tipo de institución en Bielefeld, Alemania. Parecida a las grandes instituciones mentales públicas populares en ese momento, la instalación de Bielefeld se dedicó al alojamiento y cuidado de epilépticos. Pronto atrajo la atención de los psiquiatras estadounidenses, quienes comenzaron a promover la construcción de instituciones similares en Estados Unidos. Sus esfuerzos tuvieron éxito. En la década de 1890, las legislaturas de los estados más poblados asignaron fondos para la construcción de las llamadas colonias de epilépticos.

Una breve historia de las colonias de epilépticos estadounidenses

Antes de finales del siglo XIX, la mayoría de los epilépticos vivían como las demás personas, con sus familias y parientes. Los epilépticos locos eran confinados en manicomios, como otras personas dementes. Para cuando terminó el siglo, los epilépticos eran esclavos y los psiquiatras amos, en instalaciones estatales conocidas popularmente como "colonias de epilépticos". Las instituciones eran tan

llamados así porque estaban dirigidos en gran medida por los propios reclusos, quienes recibían poca o ninguna paga. En aquellos tiempos pasados, tal arreglo se consideraba generoso. La mayoría de los reclusos eran pobres, estaban desempleados o no podían conseguir trabajo. Recibían alojamiento, comida y atención médica gratis. Como niños agradecidos, lo mínimo que podían hacer era ayudar a sus "padres".

La primera institución estadounidense para epilépticos, inicialmente llamada "Asilo para Epilépticos y Dementes Epilépticos", se estableció en Gallipolis, Ohio, en 1891. Antes de que el primer recluso fuera admitido en 1893, el nombre de la institución se cambió a "Hospital de Ohio para Epilépticos". 13 Así comenzó la experiencia estadounidense con el almacenamiento de epilépticos, supuestamente porque tenían epilepsia, aparentemente para tratarlos.

Quiero comentar brevemente aquí la historia de una famosa colonia de epilépticos en el norte del estado de Nueva York Establecida en Sonyea, en el condado de Livingston, el nombre de esta institución también se cambió antes de abrir sus puertas en 1894, de Sonyea Colony a Craig Colony, en honor a Oscar Craig de Rochester, entonces presidente de la Junta Estatal de Caridades. 14 Dos años más tarde, la instalación pasó a llamarse Craig Colony for Epileptics. Después de 1920, renombrada una vez más como Craig Colony, se convirtió en una de las colonias de epilépticos más grandes y mejor conocidas en los Estados Unidos, albergando a unos 1600 reclusos en 1928. En 1951, la instalación se convirtió en Craig Colony and Hospital; en 1966, Craig Colony School and Hospital; en 1968, Craig State School; y en 1969, Craig Developmental Center. Esta serie de eufemismos refleja las modas cambiantes de la sociedad para ocultar la estigmatización y el almacenamiento de epilépticos, pacientes mentales y personas retrasadas.

Presentadas como "comunidades terapéuticas", los defensores de las colonias epilépticas dirigieron su discurso de venta a las familias de los epilépticos, ofreciéndoles un medio legítimo, de hecho loable, de deshacerse de sus parientes no deseados. Los médicos prometieron que los internos recibirían un mejor trato en las instituciones que el que podían recibir en casa. Dado que las colonias eran instalaciones estatales, los internos eran alojados y alimentados a expensas de los contribuyentes. De este modo, la institucionalización de los epilépticos aliviaba a los no epilépticos no solo de su obligación de cuidar a sus dependientes afectados, sino también de sus sentimientos de culpa por rechazarlos

Por supuesto, los colonos eran conscientes de sus propios intereses. Sabían que con cada aumento en el número de personas alojadas en sus instituciones, su poder y sus ganancias también aumentarían. Incluso antes de que la primera colonia de epilépticos en los Estados Unidos abriera sus puertas, los Comisionados de Lunáticos del Estado de Nueva York declararon: «No cabe duda de la conveniencia de que el Estado establezca disposiciones especiales para los epilépticos de la clase dependiente y semidependiente, aparte de los locos». 15 Un siglo

Antes, los médicos habían ganado control sobre los lunáticos. Era hora de perseguir a los no lunáticos. Los epilépticos eran los objetivos perfectos. «Toda la cuestión [de cómo cuidar mejor a los epilépticos] puede resolverse», declararon los médicos empeñados en la conquista colonial, «mediante la creación de colonias, cuya admisión no debe ser regulada por la condición mental del paciente». 16 Si la condición mental del paciente era irrelevante para el asunto en cuestión, ¿por qué se delegaba su atención a especialistas en enfermedades mentales? Ningún médico o jurista respetable se hizo esa pregunta, ni entonces ni después

Durante la década de 1940, en parte como resultado del desarrollo del Dilantin, la política de segregar a los epilépticos comenzó a perder su atractivo. Para 1950, solo quedaba una colonia de epilépticos, la Indiana Village for Epileptics. En 1955, se convirtió en el Hospital Estatal de New Castle.17 La mayoría de los edificios que antes se usaban para almacenar epilépticos fueron renombrados y utilizados para almacenar personas con retraso mental.

La racionalización médico-legal de las colonias de epilépticos

En la década de 1890, la epilepsia se consideraba un tipo de locura. Sin embargo, las colonias de epilépticos no estaban destinadas a ser tipos especiales de manicomios. La razón principal de esto fue que los colonizadores estaban ansiosos por expandir su clientela para incluir a epilépticos cuerdos

William Pryor Letchworth, un célebre colono, explicó el procedimiento legal para almacenar a epilépticos cuerdos de la siguiente manera: «Los epilépticos cuerdos son internados [en Ohio] por el juez de sucesiones . . . a petición de los padres, tutores o amigos». 18 Dado que las personas internadas se consideraban cuerdas, los médicos no participaban en estos procedimientos de internamiento. Sin embargo, el sujeto internado era puesto bajo la custodia de profesionales médicos. Dado que los pacientes mentales ahora son encarcelados por muchas de las mismas razones que antes se utilizaban para encarcelar a los epilépticos, las justificaciones de Letchworth para sus políticas son oportunas y vale la pena reflexionar: «Las instituciones o colonias especiales, además de beneficiar a los desafortunados enfermos, pueden servir a la economía del Estado. Al colonizar a los epilépticos, la sociedad se . . . libera en cierta medida de un elemento peligroso y se promueve la seguridad pública». 19

Los artículos profesionales publicados durante las primeras décadas de este siglo revelan que el encarcelamiento de los epilépticos no tenía, de hecho, nada que ver con su enfermedad. El diagnóstico y el tratamiento eran meros pretextos. Los epilépticos eran institucionalizados porque eran pobres, no eran deseados o ambas cosas. Los colonizadores garantizaron el éxito de su empresa con la fórmula infalible de cara-yo gano, cruz-tú pierdes. Los epilépticos locos necesitaban ser confinados en colonias porque allí la epilepsia se trataba mejor. Los cuerdos

Los epilépticos necesitaban estar tan confinados porque la epilepsia era intratable y, por lo tanto, el mejor interés de los pacientes requería su protección de por vida de las exigencias de la sociedad normal. «No se puede esperar una cura de la epilepsia», comentó un médico escocés en 1906, «en más del 10% de los afectados por esta enfermedad». Esto no le impidió ofrecer este notable razonamiento para almacenar a los epilépticos cuerdos en colonias: «El propósito de la presente contribución es exponer la desafortunada posición del epiléptico cuerdo, defender las ventajas del sistema de colonias en el tratamiento de individuos de esta clase e indicar la necesidad de una mayor extensión de este sistema». 20 Algunos colonizadores reconocieron con franqueza que su objetivo era eliminar a las personas no deseadas de la comunidad:

> El gobierno nacional ha provisto para los mudos, los negros y los indios; entonces, ¿por qué no para esta rama de la población [los epilépticos], que aumenta tan rápidamente como ellos y se vuelve cada año más perjudicial para la prosperidad nacional? Una reserva separada, que ofrezca instalaciones para actividades agrícolas, así como para todas las diversas industrias de una ciudad, proporcionaría una salida para el excedente de población. 21

A pesar de las racionalizaciones contradictorias de los expertos, los miembros de la profesión legal y el público aceptaron con entusiasmo sus afirmaciones como prescripciones terapéuticas válidas. En la reunión anual de 1903 de la Conferencia Nacional de Caridades y Correcciones, William E. Sprattling, M.D., superintendente médico de la Colonia Craig para Epilépticos en Sonyea, declaró:

> Los epilépticos no pueden ser atendidos con éxito, ni siquiera con éxito parcial, de ninguna otra manera que no sea bajo el plan de colonias. [Las colonias] proporcionan vida . . hogareña... vocaciones que van desde desherbar el huerto de coles hasta la fabricación de ladrillos, diversiones y recreación (el mejor tratamiento para la enfermedad...) [y] segregar a los epilépticos en colonias tiene un valor que a menudo se olvida, ya que evita que se reproduzcan. 22

Alexander Johnson, presidente del Comité oficial de la Conferencia, fue más allá, abogando por la segregación médica de todos «los degenerados que, ya sea física o moralmente, están tan por debajo de lo normal que su presencia en la sociedad es perjudicial para los conciudadanos, o que su crecimiento natural sin obstáculos es una amenaza para el bienestar del Estado». 23 Aquí hay una lista parcial de las personas que Johnson clasificó como «degenerados», aptas para el almacenamiento involuntario permanente:

> El loco crónico, el epiléptico, el paralítico, el imbécil e idiota de varios grados, el imbécil moral, el pervertido sexual, el cleptómano;

> muchos, si no la mayoría, de los borrachos crónicos; muchas de las prostitutas, vagabundos y delincuentes menores; muchos pobres habituales, especialmente las madres ignorantes e irresponsables de hijos ilegítimos; muchos de los pobres desatendidos siempre al borde de la pobreza; algunos de los ciegos, algunos sordomudos, algunos tísicos. 24

A finales del siglo XIX, la práctica de la medicina se basaba sólidamente en los principios de la anatomía patológica y la fisiopatología. Se entendía que muchas enfermedades graves (tuberculosis, sífilis y las enfermedades contagiosas de la infancia) eran causadas por infecciones con agentes microbianos. Se creía que otras, como la debilidad mental y la demencia precoz (posteriormente rebautizada como esquizofrenia), se debían a la herencia. La naturaleza y las causas de muchas otras enfermedades, incluida la epilepsia, permanecieron envueltas en misterio. Mientras tanto, la afección estaba estrechamente relacionada con la idiotez (debilidad mental) y la locura, las tres atribuidas a la herencia.

Eugenesia: teoría, ideología, política

Sir Francis Galton (1822-1911), el padre del movimiento eugenésico, confiaba en saber qué causaba la epilepsia. En 1883, escribió:

> Las clases criminales contienen una porción considerable de epilépticos y otras personas de temperamento emocional inestable, sujetas a explosiones nerviosas que estallan a intervalos y alivian el sistema. La forma más alta de . . . . inestabilidad emocional a menudo se asocia con la epilepsia; en todos los casos es una desfiguración espantosa y hereditaria de la humanidad. 25

Aunque no tenía formación médica, Galton era una persona con un alto nivel educativo. Debió saber que la epilepsia a menudo es el resultado de una lesión en la cabeza y, al menos en esos casos, no es hereditaria. Sin embargo, Galton estaba más interesado en controlar a los epilépticos, especialmente en evitar que se reprodujeran, que en comprender la epilepsia. Sus elucubraciones esnobs sobre la "mejora racial" apoyaron el movimiento para esterilizar por la fuerza a las personas categorizadas como epilépticas o débiles mentales. Declaró:

> No veo por qué la insolencia de casta debería impedir que la clase dotada, cuando tenía el poder, tratara a sus compatriotas con toda amabilidad, siempre y cuando mantuvieran el celibato. Pero si estos continuaban procreando hijos, inferiores en cualidades morales, intelectuales y físicas, es fácil creer que el tiempo

> puede llegar el momento en que tales personas sean consideradas enemigas del Estado y hayan perdido todo derecho a la bondad.26*

Aquí Galton, quien era primo de Charles Darwin, se apartó de la creencia evolucionista de que los individuos y grupos que procrean con más éxito son biológicamente los más aptos. Para comprobar la superioridad reproductiva de los «no aptos», Galton propuso sustituir la «selección natural» por otros procesos más misericordiosos y no menos eficaces. Este es precisamente el objetivo de la eugenesia. Su primer objetivo es controlar la tasa de natalidad de los no aptos».27 Galton no estaba solo. Mucho antes de que los nacionalsocialistas en Alemania adoptaran su Weltanschauung, destacados científicos ingleses y estadounidenses la adoptaron como su versión del humanismo psiquiátrico. Declaró Elmer E. Southard (1876-1920), director del Hospital Psicopático de Boston, profesor de la Facultad de Medicina de Harvard y el psiquiatra más reverenciado de su tiempo:

> [La psiquiatría] ha descuidado la debilidad mental... debe ser . . interés de todos nosotros se principalmente un interés humanitario para . . . convierte en una cuestión con... nosotros, qué hacer con estos materiales de desecho. El . . . Me dicen que fabricamos ruedas de coche con los desechos de las queserías y que todas las grandes empresas están poniendo a investigadores a trabajar en la eliminación de sus subproductos. Consideremos, pues, a las personas con discapacidad mental como, en cierto sentido, subproductos de la sociedad. 28

Esterilizando a la (mujer) epiléptica

El título de una revista médica de principios del siglo XX, The Journal of Psycho-Asthenics: Dedicada al cuidado, entrenamiento y tratamiento de los débiles mentales y los epilépticos, ilustra la dogmática clasificación de los médicos entre los trastornos convulsivos y el retraso mental grave. Un artículo típico, dedicado a la «Esterilización quirúrgica como medida eugenésica», de Bleecker van Wagenen, presidente de la Sección de Eugenesia de la Asociación Americana de Criadores, abogaba por la esterilización de «la . . . y los clase pobre de los débiles mentales, los criminaloides epilépticos . . . locos». 29 El autor describió uno de sus «casos» como el de «una chica epiléptica, de alto grado y débil mental, de veintitrés años de edad. La operación (salpingectomía) se realizó para superar, si era posible, la . . . masturbación excesiva, a la que ellos [sus padres] atribuyeron la epilepsia

---

* Debo señalar que, una vez más, la cuestión no es científica, sino política. Mis comentarios aquí pretenden ser una crítica a las coerciones patrocinadas por el Estado, legitimadas por reivindicaciones eugenésicas, y no deben interpretarse como una crítica a la eugenesia como investigación científica o como una práctica voluntaria de personas privadas. Las personas que saben que padecen una enfermedad de transmisión genética a menudo se abstienen de procrear. Esa es una eugenesia no contaminada por la política

convulsiones que comenzaron cuando tenía siete . . . donde se puede determinar años, el mal hábito ya no se practica."30 Hasta

Sería un error descartar este informe como una reliquia pintoresca de una época pasada. El lector moderno sabe, porque la nueva ciencia de la sexología se lo dice, que la masturbación no es un mal hábito, sino un buen método de terapia sexual.31 Pero la historia de la esterilización de los epilépticos no terminó ahí. En 1938, mientras el mayor experimento de esterilización eugenésica en la historia de la humanidad cobraba fuerza en Alemania, G. B. Arnold, médico de la Colonia Estatal de Virginia, pronunció un discurso en la reunión anual de la Asociación Estadounidense de Deficiencia Mental, en el que apoyó con entusiasmo la esterilización involuntaria de los epilépticos «La ley de esterilización de Virginia», explicó, «protege eficazmente los intereses del paciente, al disponer que ninguna persona . . . que participe legalmente en la ejecución de las disposiciones de la ley será responsable, ni civil ni penalmente». 32 El veintidós por ciento de los pacientes de Arnold fueron diagnosticados como epilépticos, y el resto, como deficientes mentales. Pero los diagnósticos eran meros pretextos. La característica común más importante de los pacientes era la pobreza: «La mayoría de nuestros pacientes provenían de familias de clase definitivamente baja, y por 'clase baja' nos referimos a familias cuyos jefes apenas se ganan la vida». 33 Además de ser pobres, la mayoría de las pacientes mostraban lo que Arnold llama «delitos sexuales». De estas mujeres, 404 [de un total de 607] . . . . habían sido culpables de inmoralidad sexual antes del ingreso. 34 Las historiadoras feministas aún no han descubierto la epilepsia, la eugenesia y la esterilización femenina como capítulos de la persecución de las mujeres «inmorales» por parte de médicos varones «morales».*

EPILEPSIA, ESQUIZOFRENIA Y TRATAMIENTO DE CHOQUE

Como vimos, tan pronto como los psiquiatras comenzaron a interesarse por la epilepsia, detectaron conexiones notables entre tener convulsiones y estar loco. Aunque estas supuestas conexiones no guardaban relación con la realidad, ese hecho no disminuyó la influencia de los psiquiatras en los legisladores, como ilustra la historia de las colonias de epilépticos y la esterilización de los epilépticos. Bastaba con que los psiquiatras fueran útiles. No era necesario que también tuvieran razón. En psiquiatría (como en religión), la máxima «Ver para creer» funciona mejor cuando se invierte. Cuando eres muy poderoso o muy impotente, creer es ver.

* Durante las primeras décadas de este siglo, las mujeres solteras que participaban en actividades sexuales, incluida la masturbación, eran definidas como culpables de «inmoralidad sexual»; mientras que los médicos varones que realizaban operaciones quirúrgicas en mujeres, sin el consentimiento de las pacientes y con el objetivo de asexuarlas, eran definidos como modelos de profesionalismo ético

En la década de 1930, la percepción de los psiquiatras sobre la relación entre las convulsiones y la locura cambió de rumbo. En lugar de ver la epilepsia y la locura como gemelas fraternas, los psiquiatras repentinamente vieron las dos afecciones como mutuamente antagónicas. La persona que fabricó esta falsedad e ideó el prototipo del diabólico "tratamiento de choque" basado en ella, fue el psiquiatra húngaro Ladislaus von Meduna. A pesar de toda la evidencia que demuestra lo contrario, la mayoría de los historiadores de la psiquiatría aceptan las racionalizaciones de Meduna y repiten la mendaz leyenda de su "descubrimiento" como si fuera historia científica legítima. Por ejemplo, en su exitoso libro Historia de la psiquiatría, Franz Alexander y Sheldon Selesnick escriben:

> A finales de la década de 1920, Ladislaus Joseph von Meduna (1896-1964) . . observó que el tejido glial [en el cerebro] se había engrosado en pacientes epilépticos. Cuando comparó sus cerebros con los de pacientes esquizofrénicos fallecidos, observó que estos últimos mostraban una deficiencia en la estructura glial. Basándose en estos hallazgos, Meduna se convenció de que la esquizofrenia y la epilepsia eran enfermedades incompatibles y que, por lo tanto, un agente convulsivo administrado a los esquizofrénicos las curaría. 35

En realidad, Meduna inventó la relación inversa entre la incidencia de la epilepsia y la incidencia de la esquizofrenia para justificar su uso de metrazol. Además, al igual que Meduna, Alexander y Selesnick también son culpables de una tergiversación consciente: no mencionan que en su texto clásico sobre la esquizofrenia, Bleuler todavía afirmaba que existe una relación directa, en lugar de inversa, entre la esquizofrenia y la epilepsia. Escribió: «Muchos de nuestros pacientes fueron enviados primero a nosotros con el diagnóstico de epilepsia, y fueron etiquetados como tales en las clínicas». 36 Ni Meduna ni Alexander podrían haber estado familiarizados con el texto clásico de Bleuler, la verdadera biblia sobre la esquizofrenia.

Epilepsia iatrogénica como tratamiento psiquiátrico

El volumen conmemorativo del centenario de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, Cien años de psiquiatría (1944), resume la versión psiquiátrica oficial de la historia del origen del tratamiento de choque de la siguiente manera: «De alguna manera, así como el tratamiento de la parálisis general con triparsamida fue paralelo a la terapia contra la malaria, el tratamiento de la esquizofrenia mediante choque de insulina fue paralelo al uso para el mismo propósito del pentametilentetrazol (metrazol), como agente convulsivo». 37

La comparación es absurda. Cuando se introdujo el tratamiento de la paresia contra la malaria, la neurosífilis, a diferencia de la esquizofrenia, era claramente

enfermedad definida, conocida por ser causada por una infección con la trepona pallidum. Según mi perspectiva sobre este período de la historia de la psiquiatría, lo que sucedió fue que, después de la década de 1920, la esquizofrenia desplazó gradualmente a la paresia como la «entidad clínica» central de la psiquiatría. Había un tratamiento para la paresia, pero no para la esquizofrenia. Naturalmente, los psiquiatras querían poder tratarla. Pero no tenían la menor idea de qué era esta supuesta enfermedad, y mucho menos de qué hacer al respecto. En este punto, los avances fortuitos en la medicina determinaron una vez más el curso de la terapéutica psiquiátrica de charlatanería

En 1922, se descubrió la insulina y la diabetes se convirtió en una enfermedad tratable. Las primeras preparaciones de insulina eran rudimentarias y dificultaban especialmente la regulación del nivel de azúcar en sangre del diabético. Los pacientes a menudo recibían muy poca o demasiada insulina. La consecuencia de recibir muy poca insulina es la hiperglucemia (demasiada glucosa en la sangre); si es grave y prolongada, esta afección conduce al coma diabético y a la muerte. La consecuencia de recibir demasiada insulina es la hipoglucemia (muy poca glucosa en la sangre). Si es leve, la hipoglucemia causa mareos; si es moderadamente grave, pérdida del conocimiento y movimientos involuntarios similares a los epilépticos, una afección llamada «shock insulínico»; y si es grave y prolongada, daño cerebral y muerte

La diabetes es una enfermedad común. Muchos pacientes en hospitales psiquiátricos tenían diabetes. Tratados con insulina, algunos desarrollaron episodios de hipoglucemia, después de los cuales parecieron estar "mejor". Listo, una cura para la esquizofrenia. El psiquiatra que afirmó haber hecho este descubrimiento fue Manfred Sakel, el lugar fue Viena, el año fue 1933 y el nombre de la cura fue "tratamiento de choque insulínico". La era del "tratamiento somático moderno en psiquiatría" había llegado

El problema era que los psiquiatras no tenían criterios objetivos ni pruebas para diagnosticar la esquizofrenia. Uno nunca podía estar realmente seguro de que un paciente en particular tuviera la (supuesta) enfermedad o de si un tratamiento particular para ella era eficaz. (Esto sigue siendo así). Pero ahora al menos los médicos sabían cómo administrar epilepsia artificial a las personas. Antes de que los psiquiatras pudieran someter a las personas no diabéticas a los riesgos de una sobredosis de insulina, tenían que encontrar una razón y una justificación para hacerlo. Fue esta necesidad de racionalizar la inducción de convulsiones artificiales en pacientes mentales lo que generó la teoría de la epilepsia y la esquizofrenia como afecciones antagónicas y justificó administrar convulsiones a los esquizofrénicos

El shock insulínico fue un éxito instantáneo. Las salas de insulina, con cientos de personas sometidas a hipoglucemia, se convirtieron en un elemento habitual de los hospitales psiquiátricos progresistas. Sin embargo, el procedimiento tenía dos inconvenientes importantes. Era peligroso para el paciente y lento y problemático para el personal. Se buscaba una solución más sencilla y segura

método para inducir convulsiones que no requería una intervención laboriosa para sacar al paciente del coma.* En 1935, Meduna, como mencioné, observó que una sobredosis de metrazol por inyección causa convulsiones. Tres años más tarde, en Roma, Ugo Cerletti y Luigi Bini observaron el sacrificio de cerdos tranquilizados mediante corriente eléctrica que pasaba por sus cerebros. Así se «descubrieron» el choque de metrazol y la terapia electroconvulsiva (TEC).38

Hoy en día, los trastornos convulsivos ya no se consideran enfermedades mentales. El término epilepsia no aparece en el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (DSM-III). 39+ Sin embargo, como en una adopción inconsciente de la antigua distinción maudsleyana entre epilepsia y locura, y a pesar de la firme afirmación de la Physicians' Desk Reference de que no existen indicaciones psiquiátricas para el uso del fármaco anticonvulsivo Tegretol (carbamazepina), 40 los psiquiatras afirman que es «eficaz en ciertos pacientes con descontrol conductual, abstinencia de alcohol y sedantes-hipnóticos, trastornos alimentarios, trastornos de ansiedad y trastorno de estrés postraumático». 41 En resumen, los psiquiatras ahora tratan a algunos pacientes mentales con convulsiones, a otros con anticonvulsivos, sostienen que ambos son curas para las enfermedades mentales y la mayoría de la gente les cree.

LA COLONIA EPILÉPTICA EN RETROSPECTIVA

Galton, Maudsley, Lombroso y sus seguidores reunieron los elementos retóricos necesarios para convertir a los epilépticos en chivos expiatorios. El epiléptico dejó de ser una persona y se convirtió en el temido y perseguido portador de una «neurosis epiléptica», un término que evocaba imágenes de violencia impredecible. «La consecuencia de este enfoque», observó Sir Dennis Hill, profesor emérito de psiquiatría de la Universidad de Londres, «fue el enorme estigma asociado al epiléptico. Por destino, se le veía como . . . loco y malo, propenso a ataques explosivos e impredecibles de violencia y locura, quizás asesinato o al menos depravación moral». 42 Hill no mencionó que esta imagen del epiléptico justificaba privarlo de los derechos y excusarlo de las responsabilidades del ciudadano. Además, aunque el relato de Hill es correcto, su atribución no lo es. No fue el destino abstracto lo que hizo al epiléptico

---

* A los pacientes comatosos se les debía administrar glucosa, por sonda nasal, para sacarlos del shock hipoglucémico. +

Evidentemente, los psiquiatras ahora consideran la epilepsia una enfermedad neurológica, que no merece más atención especial que, por ejemplo, la esclerosis múltiple. Sin embargo, continúan utilizando el diagnóstico de epilepsia para respaldar la declaración de locura del acusado

aparecer como loco y malo; en cambio, fueron los psiquiatras quienes le asignaron ese papel (al que ahora le asignan el de paciente mental «peligroso»).

El mito del epiléptico peligroso

Los agitadores antiepilépticos, haciéndose pasar por protectores compasivos del paciente y del público, identificaron tres estados o fases clínicas distintas que supuestamente hacían peligroso al epiléptico. La primera fase, llamada «aura», ocurría justo antes de la convulsión y se caracterizaba por sensaciones visuales, auditivas u olfativas. La segunda, manifestada por un comportamiento automático, ocurría cuando el proceso convulsivo no progresaba a una convulsión tónico-clónica. Y la tercera, llamada «fuga», ocurría después de una convulsión tónico-clónica y se caracterizaba por confusión y quizás dolor de cabeza. Durante cada fase, especialmente la última, se creía que el epiléptico era propenso a la violencia automática y espontánea. También se pensaba que era peligroso debido a su «personalidad epiléptica», manifestada por una degeneración moral y una disminución general de la capacidad para ejercer el autocontrol

Durante la primera mitad de este siglo, los expertos en epilepsia pregonaron incesantemente el mensaje de que los epilépticos eran peligrosos a menos que estuvieran confinados en colonias. Los directores médicos del Hospital de Epilépticos de Ohio y de la Colonia Craig en Nueva York sostuvieron firmemente que «los epilépticos eran propensos a atacar a otros, frecuentemente con una violencia mortal». Ninguna autoridad médica o legal contemporánea cuestionó esa afirmación. La creencia de que cualquier epiléptico es susceptible a la violencia repentina, impredecible y aleatoria, incluso al homicidio, se convirtió así en un «hecho» científico. Irónicamente, la mera existencia de colonias de epilépticos, que albergaban a un gran número de epilépticos en espacios reducidos, demostraba que esta creencia era una falsedad difamatoria. Los internos de las colonias de epilépticos, como afirma Janet Colaizzi,

> . . . No estaban sedados, sujetos ni supervisados de cerca. Vivían en cabañas . . . . de que albergaban de veinticinco a cien residentes. [Ellos] La concentración . . . . un gran número de epilépticos no precipitó la violencia anticipada. A pesar de esta evidencia de lo . . . . contrario, el superintendente médico William H. Pritchard del Hospital de Ohio afirmó [en su informe anual de 1909] que el epiléptico era "peligroso para los demás. Durante el trastorno mental que precede, reemplaza o sigue a un ataque, con frecuencia comete actos de violencia o puede ser culpable de homicidio u otros delitos repugnantes de los que no es realmente responsable". William D. Sprattling, el primer superintendente médico de la Colonia Craig para Epilépticos, también creía que la aflicción se caracterizaba por la "violencia más vil". Sin embargo, la Colonia Craig estaba tan libre de lesiones como el Hospital de Ohio.
> 45

Pocas personas se preocupaban entonces por la verdad sobre las personas epilépticas, y quizás incluso menos ahora se preocupan por la verdad sobre las personas esquizofrénicas. El mito del epiléptico peligroso justificaba una política social popular, y eso era todo lo que importaba.

Finalmente, gracias a los esfuerzos de neurólogos concienzudos, el epiléptico fue liberado de la esclavitud psiquiátrica. Lamentablemente, el desastroso encuentro del psiquiatra con el epiléptico no ha mermado su autoridad frente al paciente mental.

Reevaluaciones contemporáneas

La práctica de confinar a los epilépticos en colonias duró aproximadamente medio siglo. Mientras estaba de moda, la gente creía que las colonias de epilépticos eran instituciones progresistas y terapéuticas, y que encarcelar a los epilépticos en ellas era el mejor tratamiento para los pacientes. Incluso en 1949, Albert Deutsch, el ampliamente admirado periodista-historiador de la psiquiatría, escribió:

> Entre las principales ventajas de la atención separada para los epilépticos en colonias se encuentran las siguientes: La colonia modelo proporciona al paciente un entorno del que se eliminan muchos de los peligros a los que se enfrenta en la vida comunitaria normal, así como las tensiones perjudiciales para su salud mental. Alivia a . . . . la sociedad, en cierta medida, de una fuente de peligro potencial para la seguridad pública, ya que ciertos tipos de ataques epilépticos suelen ir acompañados de impulsos homicidas. 46

Falsedades similares también aparecieron en los libros de texto de medicina. La edición de 1942 del Libro de texto de medicina de Cecil (el texto estándar cuando yo era estudiante de medicina) explicaba:

> Entre ataques, el epiléptico declarado suele ser un psicópata constitucional del tipo más desagradable. [Los epilépticos] son egocéntricos, incapaces de comprender el punto de vista de los demás y tienen una incomprensión infantil cuando se les obliga a aceptar el punto de vista opuesto. Al igual que los maníaco-depresivos y otros psicóticos, tienden a ajustar sus depresiones a través de este medio [alcoholismo], y también son víctimas fáciles del delirium tremens... El tratamiento institucional dirigido adecuadamente según líneas estrictamente modernas ofrece los mejores medios posibles para tratar a los epilépticos. En instituciones adecuadamente dirigidas, al epiléptico se le enseña a ver su . . . enfermedad desde la perspectiva adecuada y a aprender a disfrutar de las inestimables ventajas de la vida al aire libre.47

Treinta años después, cuando una de mis hijas era estudiante de medicina, desaparecieron la «psicopatía constitucional» del epiléptico y las ventajas del «tratamiento institucional». Pasando por alto la larga historia de

Tras la persecución médica de los epilépticos en discreto silencio, se aconsejó a los médicos (1974): «Es importante enfatizar que se debe permitir al paciente vivir una vida lo más normal posible. Se . . . . debe hacer todo lo posible para mantener a los niños en la escuela y se debe animar a los adultos a trabajar». 48 Desde entonces, los neurólogos han ido aún más lejos, instando al médico a tratar a la persona afectada por la epilepsia como un agente moral autónomo. Un libro de texto actual de neurología aconseja: «Es importante recordar que el objetivo del tratamiento es ayudar a los pacientes en sus esfuerzos por superar o al menos adaptarse a las consecuencias de la epilepsia. Esto significa que el tratamiento consiste en cosas que se hacen en colaboración con los pacientes en lugar de para ellos o por ellos». 49*

Las diferencias entre las actitudes neurológicas y psiquiátricas hacia los pacientes difícilmente podrían ser más dramáticas. El neurólogo evita dominar, y mucho menos coaccionar, a los pacientes que sufren enfermedades cerebrales demostrables. El psiquiatra, protestando con más estridencia que nunca porque los pacientes mentales padecen enfermedades cerebrales, se aferra a su poder para imponer intervenciones no deseadas a pacientes que no consienten

La historia médica moderna de la epilepsia está llena de ironías. Hasta hace relativamente poco tiempo, cuando la epilepsia "pertenecía" a la psiquiatría, los psiquiatras enfatizaban las similitudes entre la epilepsia y la locura. Hoy en día, cuando la epilepsia ya no "pertenece" a la psiquiatría, los neurólogos enfatizan las diferencias entre esta y las enfermedades mentales. La Fundación para la Epilepsia de América afirma: "No hace muchos años, las personas con epilepsia . . . a veces eran tratadas como si estuvieran locas. Ningún estado permite el internamiento basado únicamente en la epilepsia de una persona... La EFA no cree que la epilepsia sea una razón para quitarle la libertad a un individuo". 50 ¿Llegará algún día en que la Asociación Estadounidense de Psiquiatría haga la misma declaración sobre las enfermedades mentales?

Creer es, de hecho, ver. La enfermedad que llamamos epilepsia es la misma hoy que en 1893. Pero las creencias de los médicos sobre la epilepsia y nuestras políticas sociales hacia los epilépticos son muy diferentes. Michael Trimble, una autoridad inglesa en la relación entre la epilepsia y la psiquiatría, comenta: «En la década de 1950, la opinión era que los pacientes con epilepsia eran exactamente como cualquier otra persona y no tenían ninguna susceptibilidad especial a la psicopatología». 51 Desafortunadamente, no todos los expertos en epilepsia estaban dispuestos a renunciar a su poder. Incluso en 1960,

---

* Si reemplazáramos «epilepsia» por «esquizofrenia», la declaración diría: «Es importante recordar que el objetivo del tratamiento es ayudar a los pacientes en sus esfuerzos por superar o al menos adaptarse a las consecuencias de la esquizofrenia. Esto significa que el tratamiento consiste en acciones que se realizan en colaboración con los pacientes en lugar de para ellos o por ellos». Si un psiquiatra escribiera un libro de texto que contuviera este párrafo, no encontraría una editorial para él

William G. Lennox, la gran autoridad de Harvard en epilepsia, abogó por matar a ciertos niños epilépticos. Escribió:

> La epilepsia pertenece a la especialidad de la neurología, pero la necesidad de cuidados de custodia de los pacientes públicos ha hecho que la epilepsia se asocie con las psicosis en los departamentos estatales de enfermedades mentales y en la Asociación Americana de . . . Psiquiatría con los mandamientos "No matarás" y "Sed misericordiosos". ¿Pueden combinarse los dos mandamientos en la eutanasia? La sociedad mata sistemática y cruelmente a sus mejores miembros por los medios llamados "guerra", y prolonga sin piedad las vidas de sus desesperados pasivos [los niños epilépticos idiotas].52

Si bien el humanismo de Lennox ya no domina la opinión médico-legal sobre la epilepsia, sigue controlando firmemente dicha opinión sobre las enfermedades mentales. Cuando el médico no puede curar al paciente, aún puede matarlo y así demostrar su utilidad a la sociedad a la que cobardemente busca servir.*

Un acontecimiento histórico-político reciente merece mención aquí. En 1964, tras el asesinato del presidente Kennedy, hubo un resurgimiento momentáneo del mito psiquiátrico de que la epilepsia causa asesinato. Poco después de que Lee Harvey Oswald, el presunto asesino de Kennedy, fuera detenido, fue asesinado por Jack Ruby. El famoso abogado Melvin Belli salió en defensa de Ruby, alegando que su cliente no era culpable porque sufría una fuga epiléptica cuando disparó a Oswald. La defensa fracasó, no porque fuera ridícula (no era más ridícula que otras defensas por locura que han tenido éxito), sino en gran medida porque la profesión neurológica estadounidense se unió para refutar la afirmación. Belli no pudo encontrar un solo neurólogo dispuesto a testificar en la defensa. En un editorial del Journal of the American Medical Association, Samuel Livingston, un destacado neurólogo, advirtió:

> El "lector promedio" que recientemente ha estado expuesto a los numerosos artículos periodísticos relacionados con el juicio por asesinato de Jack Ruby puede, comprensiblemente, tener la impresión de que la epilepsia, el asesinato y los crímenes pasionales están relacionados. No encuentro evidencia de una mayor tasa de actividad criminal entre los epilépticos que entre los no . . . epilépticos. Ciertamente, no cuestionaría el hecho de que un epiléptico podría matar, no porque tenga epilepsia, sino porque es un ser humano. 53

De manera similar, un psicótico podría matar, no porque sea psicótico, sino porque es humano. Un trabajo reciente sobre la epilepsia dirigido al público vuelve a enfatizar precisamente este punto: "No hay evidencia científica ni médica

---

* A diferencia de los psiquiatras nazis, los psiquiatras democráticos no matan literalmente a sus pacientes. Los matan metafóricamente, encarcelándolos, electrocutándolos y drogándolos

evidencia de que la epilepsia causa comportamiento . . . violento. Por supuesto, las personas con epilepsia a veces se vuelven violentas, al igual que las personas sin epilepsia a veces lo hacen. 54

La lección no aprendida de la epilepsia

Hace cien años, a la gente le resultaba intolerable presenciar a una persona convulsionando, cayéndose, quizás lesionándose. El público quería evitar este espectáculo. Para satisfacer este deseo, los psiquiatras declararon que los epilépticos debían ser confinados en instituciones. Hoy en día, a la gente le resulta intolerable presenciar a una persona hablando consigo misma, deprimida, contemplando el suicidio. El público quiere evitar este espectáculo. Para satisfacer este deseo, los psiquiatras declaran que los pacientes mentales (gravemente enfermos) deben ser confinados en instituciones. Esa no es la versión oficial de la historia. Se considera poco profesional reconocer que los médicos se deshacen de personas no deseadas a instancias de la sociedad. La perspectiva profesionalmente correcta sobre el encarcelamiento de epilépticos y pacientes mentales es que tales políticas sirven al propósito de cuidar a las personas enfermas y dependientes. Tan recientemente como en 1944, Samuel W. Hamilton, asesor psiquiátrico de la División de Higiene Mental del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, declaró:

> Otro grupo que necesita alojamiento institucional especial son los trastornos convulsivos. Algunos de ellos se encuentran en hospitales psiquiátricos. . . . Muchos más son atendidos junto con los deficientes mentales. . . . La idea de separar los edificios en muchos grupos diferentes se llevó a cabo a fondo en la Colonia Craig, en el oeste de Nueva York, para crear hogares para pacientes agradecidos donde pudieran estar cómodos y tener una ocupación adecuada de por vida. 55

La retórica del segregacionista terapéutico que crea guetos para "pacientes agradecidos" suena inquietantemente similar a la del segregacionista racial que crea guetos para "negros agradecidos". Hamilton no estaba satisfecho con institucionalizar solo a los epilépticos y deficientes mentales (y, por supuesto, a los enfermos mentales). Añadió: "Dado que muchas personas alcohólicas son incapaces de controlarse a sí mismas, la necesidad de control institucional es obvia." 56* La hipocresía intrínseca a esta retórica hace que la situación de la persona atrapada en la red de

---

* En Estados Unidos, esta táctica se ha utilizado para justificar la segregación y el trato coercitivo de los «delincuentes sexuales» (una categoría que solía incluir a los homosexuales) y los «drogadictos» (incluidos los alcohólicos).

La segregación terapéutica es incluso peor que la de la persona atrapada en la red de la segregación punitiva. Cuando encarcelamos a un asesino, no decimos que necesite ser privado de libertad; decimos que merece ser castigado. Pero cuando encarcelamos al epiléptico o al enfermo mental, decimos que necesita ser tratado; no decimos que no nos gusta su comportamiento y que queremos que lo cambie

Finalmente, hay una importante lección médico-política en la historia de las colonias de epilépticos que nos apresuramos a ignorar. Cuando el tratamiento de la epilepsia era inexistente o rudimentario, los psiquiatras utilizaban la supuesta necesidad de tratamiento del epiléptico como pretexto para confinarlo. Posteriormente, a medida que aumentaba el poder farmacológico del médico para tratar la epilepsia, su poder político para privarlo de libertad, en nombre de la terapia, disminuía y desaparecía rápidamente. Apliquemos esta fórmula a la psiquiatría. Si el psiquiatra no tiene remedios efectivos para las enfermedades mentales, entonces no puede apelar al tratamiento como justificación para privar al paciente de libertad. Y si el psiquiatra posee tratamientos efectivos para las enfermedades mentales, entonces, como ha demostrado la lección de la epilepsia, la supuesta necesidad de tratamiento del paciente deja de ser una razón legítima para privarlo de libertad